

SOLICITUD DE REFERENCIAS

SOLICITANTE

Debe pedir referencias de personas quienes personalmente conocen su historia de empleo, educación o carácter y quienes pueden testificar acerca de su capacidad de proporcionar servicios. Dos de las referencias deberían ser de sus empleadores pasados o actuales. Los miembros familiares NO PUEDEN proporcionar referencias. Favor de escribir su nombre abajo y darles este formulario a las personas de quienes vaya a solicitar referencias. Pídale que devuelvan este formulario a la División de Incapacidades del Desarrollo (DDD).

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido, primer nombre inicial.)

DIRECCION DEL SOLICITANTE (Calle y número, ciudad, estado, código postal)

TELEFONO DEL SOLICITANTE

()

PERSONA QUIEN PROPORCIONA LA REFERENCIA

Favor de contestar las preguntas siguientes tenga presente que los Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) se pueden proporcionar sin supervisión en el hogar de la persona con incapacidades del desarrollo o en la residencia o institución del solicitante. Apreciamos su tiempo y esfuerzo en contestar a este formulario, y todas sus respuestas se mantendrán confidenciales conforme a las disposiciones de la ley.

DEBE devolver esta solicitud de referencias a la oficina local de HCBS que está imprimido al reverso. Si manda por correo, doblar este formulario con la dirección de DES/DDD por fuera. Cierra el margen más bajo (SIN GRAPAS) pega una estampilla y envía.

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN PROPORCIONA LA REFERENCIA, CON LETRA DE MOLDE (Apellido, primer nombre inicial.)

DIRECCION Calle y número, ciudad, estado, código postal

TELÉFONO DE DIA

()

TELÉFONO DE LA TARDE

()

CUANTO TIEMPO HA CONOCIDO AL SOLICITANTE

Años: Meses:

TIPO DE RELACION (Marque todos que se apliquen)

Solicitante supervisado Trabajé con el solicitante Amigo(a) Vecino(a) Otro:

COMO CREE USTED QUE SE RELACIONARA EL SOLICITANTE CON LOS INDIVIDUOS CON INCAPACIDADES. DESCRIBA CUALQUIER CARACTERISTICA Y/O CAPACITACION O EDUCACION ESPECIAL QUE PUEDA TENER EL SOLICITANTE PARA TRABAJAR CON ESTOS INDIVIDUOS.

INDIQUE SI TIENE CUALQUIERA RAZÓN PARA CREER QUE EL SOLICITANTE NO ESTÁ CALIFICADO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS A INDIVIDUOS CON INCAPACIDADES DEL DESARROLLO

SI EL SOLICITANTE FUE EMPLEADO SUYO ANTERIORMENTE, ¿LO EMPLEARIA DE NUEVO?

No Sí N/A Si respondió no ¿Por qué?

COMENTARIOS ADICIONALES QUE AYUDARAN A EVALUAR A ESTE SOLICITANTE

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN PROPORCIONA ESTA REFERENCIA

FECHA

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

INTERVIEWED BY PHONE

No Yes

DATE

PRINT INTERVIEWER'S NAME (Last, First, M.I.)

INTERVIEWER'S SIGNATURE

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.

Doble aquí

REMITENTE

Pega
Estampilla
Aquí

Division of Developmental Disabilities
HCBS _____

Cierre aquí con cinta adhesiva